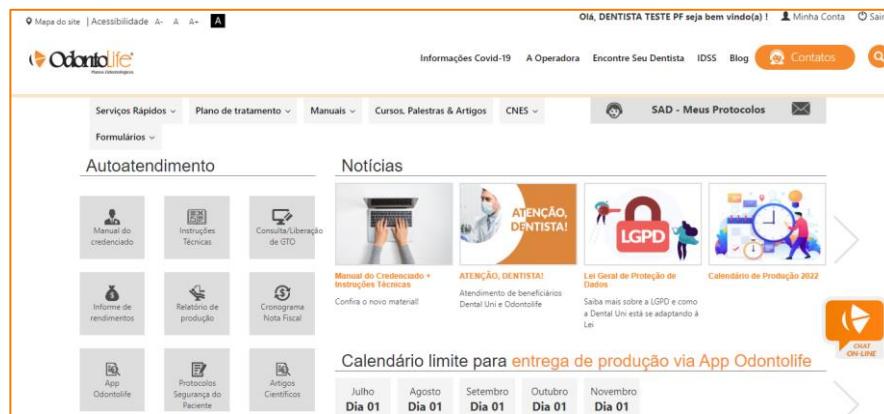




MANUAL PARA  
**LANÇAMENTO**  
**DE GUIA**

## | PARA REALIZAR A SOLICITAÇÃO DE UMA GUIA NO SISTEMA

- No menu “Autoatendimento”, clique na opção “**Consulta/Liberação de GTO**”.



Você será direcionado para a tela abaixo:



Bem-vindo! Este é o **Sistema Integrado Odontológico da Odontolife – SIO**. É um sistema simples, prático e seguro.

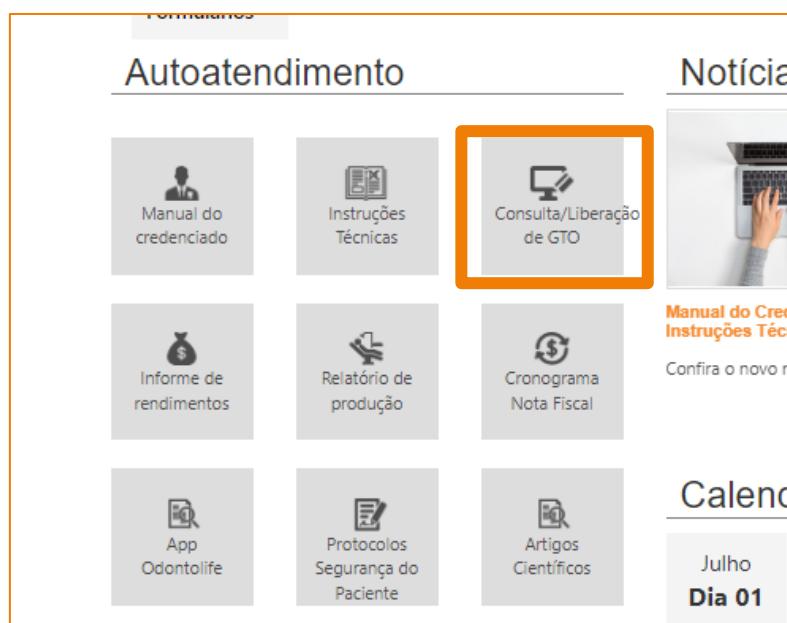
O menu de ações está do lado esquerdo da tela. Nele você poderá escolher qual tela do sistema deseja exibir. Estas telas estão organizadas em módulos:

- **Alterar Cadastro:** neste módulo você poderá conferir os seus dados cadastrais, corrigir determinadas informações e alterar a senha de acesso ao sistema.
- **Atendimento:** neste módulo você poderá criar guias para atendimento de beneficiários (beneficiário Odontolife e de Empresas parceiras – Interoperação), acompanhar o andamento das liberações e processar as guias de recursos de glosas.
- **Cirurgião-Dentista:** neste módulo você terá acesso ao relatório de produção e ao aviso de crédito. Nas próximas seções, apresentaremos cada uma destas possibilidades. Após conhecer a tela inicial do Sistema, vamos dar continuidade a solicitação de uma guia de tratamento:

**IMPORTANTE:** Para lançar a guia corretamente, identifique por meio da carteirinha qual a operadora que o beneficiário pertence. Lembrando que, você poderá atender os pacientes: **OdontoLife e das Parceiras DentalUni e SESI Viva+**.

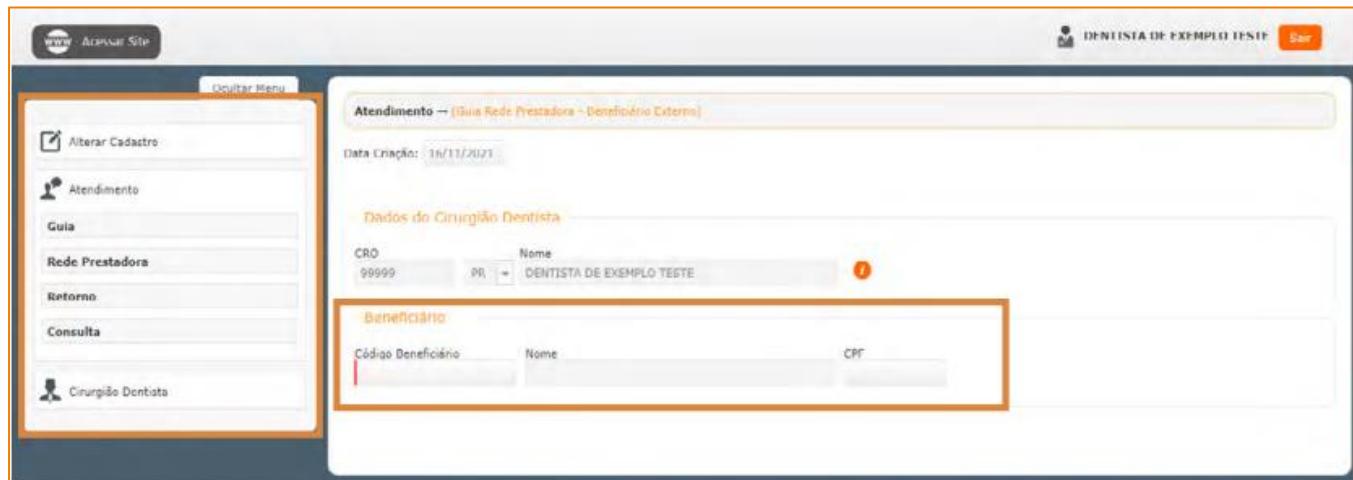
## | ATENDIMENTO BENEFICIÁRIO ODONTOLIFE

Para solicitar uma guia de tratamento, é necessário que o dentista acesse o site [www.odontolifeodontologia.com.br](http://www.odontolifeodontologia.com.br) e utilize o seu CRO para login e senha. Em seguida, na página inicial, o dentista deverá selecionar a opção “Consulta/Liberação de GTO”.



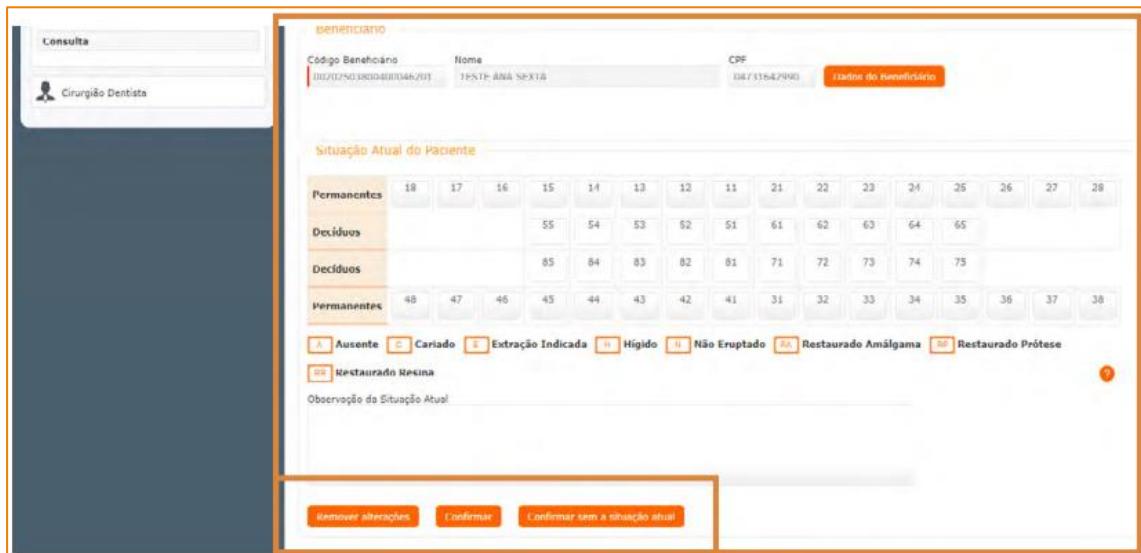
Para a solicitação da guia selecione a opção “Atendimento” > “Guia” > “Guia”.

No campo **Código do Beneficiário**, digite o **número do cartão do beneficiário**. Ao clicar fora do campo ou pressionar a tecla **TAB**, os demais dados do beneficiário serão carregados automaticamente.



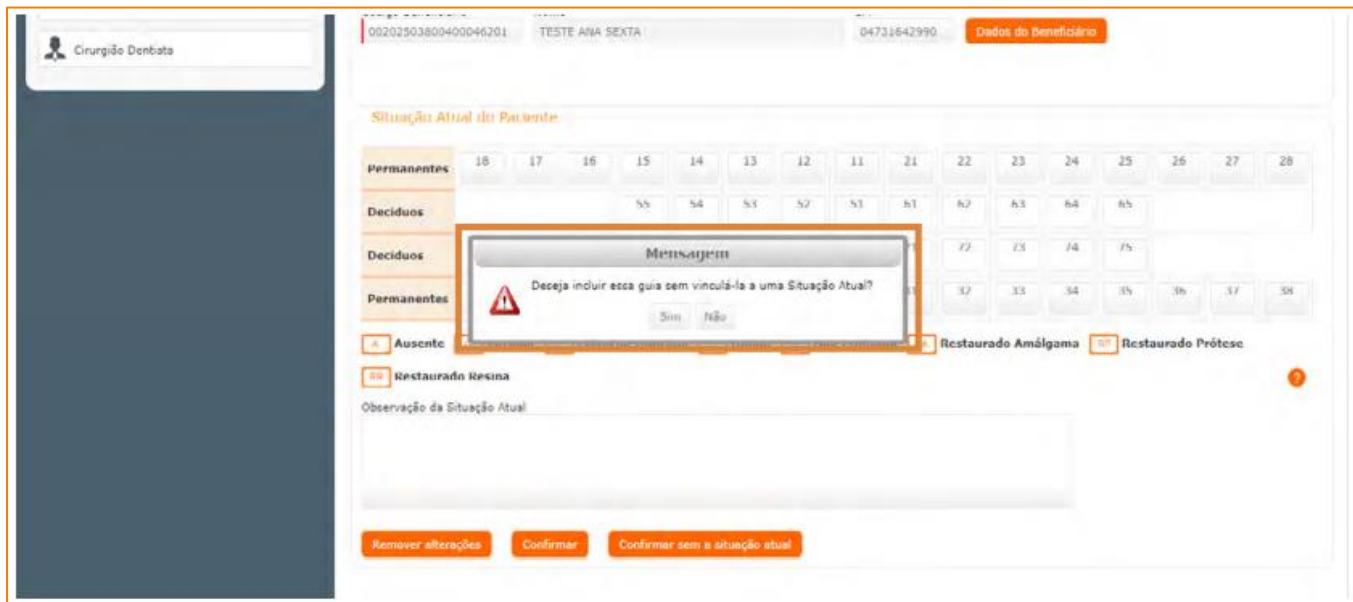
O próximo passo é o preenchimento da **Situação Atual do Paciente**. Este odontograma deverá ser preenchido de acordo com a atual situação da cavidade bucal do beneficiário.

Para o preenchimento, basta clicar sobre o status, na legenda logo abaixo, e clicar sobre o elemento a ser alterado. Quando concluir o preenchimento de todos os elementos, clique em **Confirmar**.



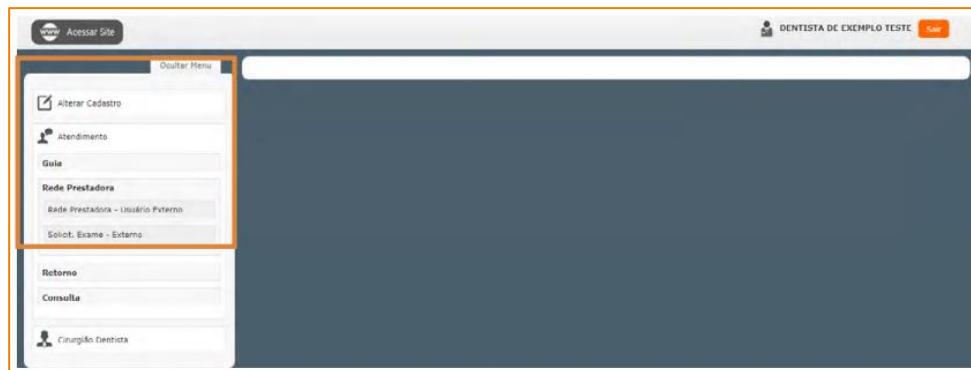
O botão **Remover Alterações** apaga as alterações realizadas no odontograma e permite que o processo seja refeito.

Caso não haja alterações no preenchimento da situação atual clique em **Confirmar sem a situação atual**, em seguida confirme.

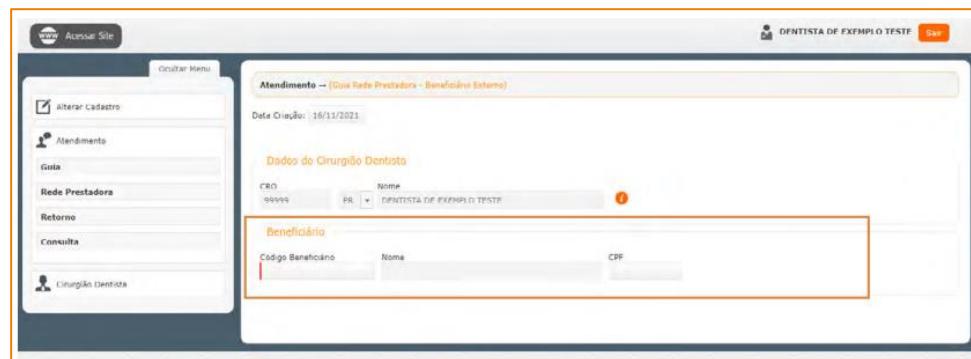


## ATENDIMENTO BENEFICIÁRIO INTEROPERADORAS - REDES PARCEIRAS

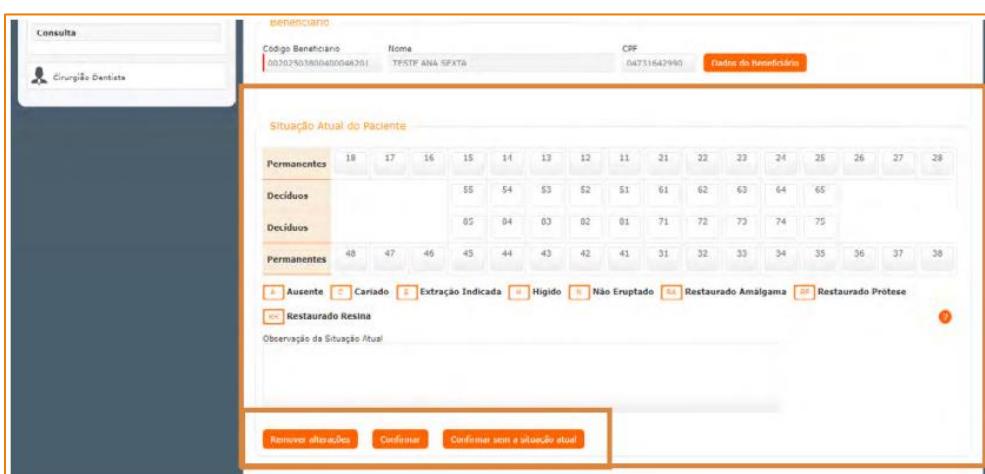
A solicitação de guias para a rede parceira será realizada no menu “Atendimento” > “Rede Prestadora” > “Rede Prestadora - Usuário Externo”.



No campo **Código do Beneficiário**, digite o **número do cartão do beneficiário**. Ao clicar fora do campo ou pressionar a tecla **TAB**, os demais dados do beneficiário serão carregados automaticamente.

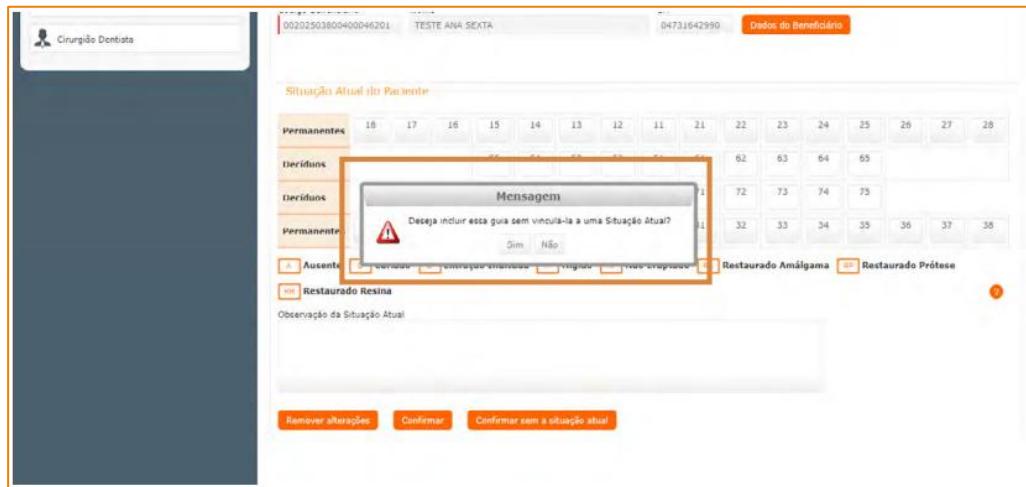


O próximo passo é o preenchimento da **Situação Atual do Paciente**. Este odontograma deverá ser preenchido de acordo com a atual situação da cavidade bucal do beneficiário. Para o preenchimento, basta clicar sobre o status, na legenda logo abaixo, e clicar sobre o elemento a ser alterado. Quando concluir o preenchimento de todos os elementos, clique em **Confirmar**.



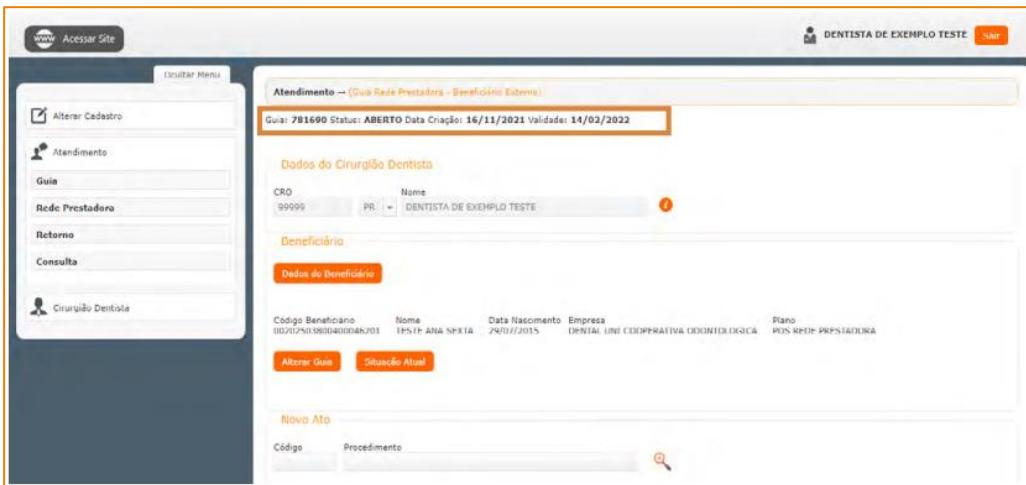
O botão **Remover Alterações** apaga as alterações realizadas no odontograma e permite que o processo seja refeito.

Caso não haja alterações no preenchimento da situação atual clique em **Confirmar sem a situação atual**, em seguida confirme.



## | ABERTURA DA GUIA

Ao confirmar os dados do beneficiário, a guia será registrada no sistema e a partir deste momento ela terá um número que a identifica. **Esse é o número da guia.**



**ATENÇÃO:** Toda guia no sistema tem validade de 90 dias (data de validade da guia consta no campo 07 da GTO). Após este prazo a guia será cancelada automaticamente, impossibilitando o seu pagamento. A guia deve ser faturada dentro do prazo de validade. **Esteja atento!**

## | INSERINDO OS PROCEDIMENTOS NA GUIA

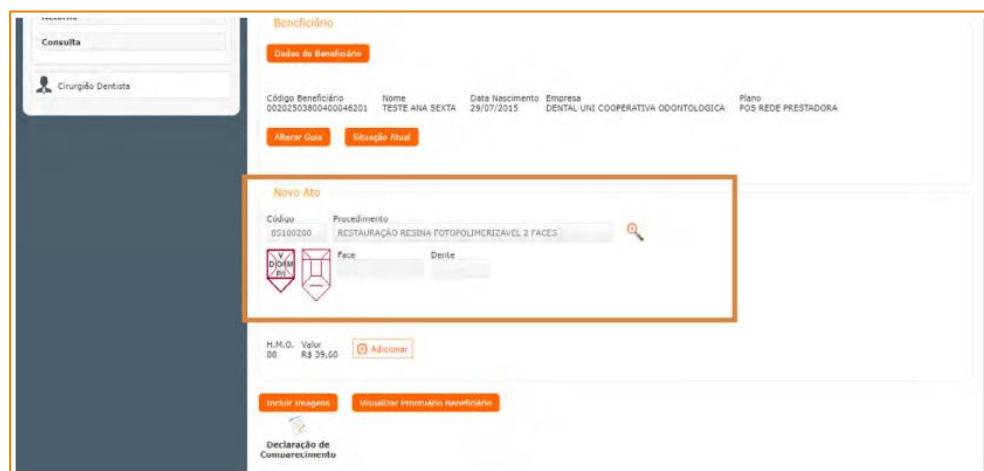
Digite o código do procedimento no campo **Código** e pressione a tecla (ou clique fora do campo). Você também pode localizar um procedimento pelo nome. No campo **Procedimento**  digite a **nomenclatura do procedimento** e clique no botão **Lupa** à direita do campo. O sistema localizará um procedimento mesmo que você forneça apenas uma parte do nome. Esse processo deve ser repetido para cada ato necessário para o tratamento do beneficiário.



Assim que localizado o ato, clique no ícone de confirmação  ao lado direito e em seguida no botão **“ADICIONAR”** para que o mesmo seja fixado na guia.

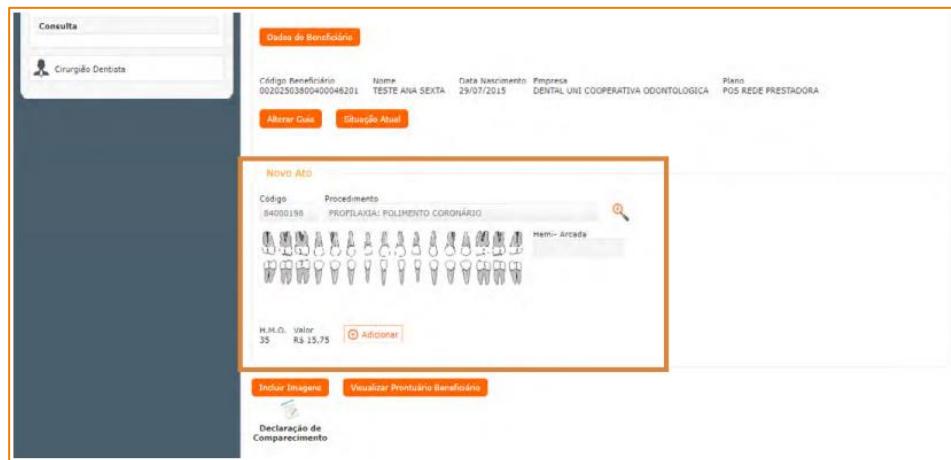


Alguns procedimentos irão exigir seleção dos segmentos em que serão efetuados. Esse processo deverá ser repetido para cada ato necessário para o tratamento do beneficiário.

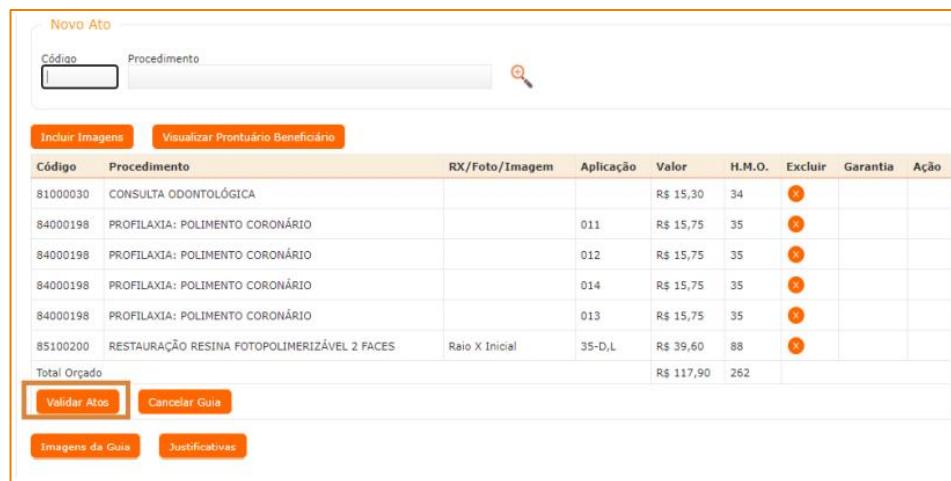


Conforme a aplicação do procedimento, o sistema solicitará informações extras para descrever corretamente o ato. Por exemplo, para restaurações será necessário informar o número do elemento e as faces envolvidas. Utilize a representação do elemento para determinar a face.

Procedimentos que envolvam mais de uma arcada, hemiarcada ou segmento poderão ser lançados de uma única vez. Para tanto, clique nas regiões necessárias. Caso você tenha incluído algum procedimento por equívoco, clique no botão “X” na linha do procedimento em questão.



Quando estiver satisfeito com o plano de tratamento, clique em **Validar Atos**, conforme a figura abaixo:



Em uma mesma guia podem ser inseridos até **14 procedimentos**. Se o plano de tratamento demandar mais procedimentos, será necessário abrir uma nova guia.

**Importante:** A Consulta inicial tem como finalidade elaborar o plano de tratamento do beneficiário. Neste momento é importante orientar o paciente sobre os procedimentos que serão realizados, bem como explicar a necessidade e importância de realizá-los. Neste momento também é fundamental orientar o paciente das rotinas de atendimento do consultório como horários de atendimentos, agendamentos, cancelamentos de consultas e cobranças de faltas sem justificativa.

## | LIBERAÇÃO DA GUIA

Após a validação dos atos, a guia irá assumir o status **“Pendente de liberação de intercâmbio”**. Isto indica que a guia está em análise. No prazo de até **48 horas**, terá seu status alterado.

O dentista deverá aguardar a liberação da guia para executar os procedimentos. Quando estiver liberada, o status da guia será alterado para **“Aguardando Token do Beneficiário”** (Verificar manual de envio de token).

Após estar **“Autorizada”**, o dentista deverá imprimir a guia de tratamento. Para imprimir, basta clicar na opção **“Guia de Tratamento”**, conforme ilustrado a imagem abaixo.

85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	Rayo X Inicial	36-D,L	R\$ 39,60	88	Autorizado	<a href="#">Cancelar</a>		
Total Orçado			R\$ 39,60 88						
<a href="#">Cancelar Guia</a>									
<a href="#">AC</a> Ato - Complementar <a href="#">PP</a> Pós Pagamento <a href="#">AEC</a> Carência <a href="#">ACO</a> Co-participação <a href="#">ATR</a> Transferidos									
<a href="#">Imagens da Guia</a>		<a href="#">Justificativas</a>							
 Declaração de Comparecimento		 Guia de Tratamento							

Após a realização do exame, o beneficiário data e assina nos **campos 40, 42 e 52** da guia e o profissional executante inclui sua assinatura, data e carimbo nos **campos 50 e 51**.



OdontoLife®  
Inovação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

580618  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406614	2-Data de Emissão da Guia 11/10/08/12/11	3-Data de Autorização 11/6/08/12/11	4-Sentido AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 86685996	6-Data Validação da Senha 10/8/09/12/11
--------------------------	---	--	-------------------------	--	--

7-Número da Carteira 0 0 2 0 2 1 0 3 1 8 2 4 1 5 0 0 0 0 0 1 0 1 0 1	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validação da Carteira 11/10/11/12/11	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
12-Nome BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO	13-Data de Nascimento 01/01/1980	14-Fone de Telefone (11) 1234-5678	15-Nome do Titular do plano BENEFICIARIO TESTE TREINAMENTO	

16-Dados do Consultor Responsável pelo Tratamento Nome N DENTISTA DE EXEMPLO	17-Dados do Consultor Executivo Nome Código na Operadora / CNPJ / CPF (51) 4111-8965	18-Dados do Consultor Executivo Nome DENTISTA DE EXEMPLO	19-Número no CRD 999999	20-UF PR	21-Código CBO II 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85100200
22-Nome do Profissional Executivo DENTISTA DE EXEMPLO			23-Número no CRD 999999	24-UF PR	25-Código CBO S

Relatório de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tableta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Demar-Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 0 1 0 8 1 1 0 0 0 3 1 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	3,4 0 0	0 0 0	11	11			
2 0 1 0 8 5 1 0 1 0 2 0 1 0	RESTAURAÇÃO RESINA		36	DM	1	8,6 0 0	0 0 0	11	11			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total RS	48-Total Franquia/Co-participação RS
11/10/08/12/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	<input type="checkbox"/> 1-Total 3-Parcela	1 1 2 1 0 0	0 0 0 0	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) descrev(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizada(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

(Assinatura)

50-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista Subscritor	51-Data, local e Assinatura do Consultor-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Cédula de Empresa
11/10/08/12/11	11/10/08/12/11	11/10/08/12/11	11/10/08/12/11

Após os todos os procedimentos da guia serem executados, a mesma deve ser enviada para pagamento na produção através do **App Odontolife** (Verificar manual de entrega de produção).



**WWW.ODONTOLIFEODONTOLOGIA.COM.BR**